

Aufnahmeantrag

Rahmenvertrag zur Elektronik-Versicherung für Radiologen



INTERNATIONALE VERSICHERUNGSMAKLER
UND RISK CONSULTANTS

Berufsverband der Deutschen Radiologen e. V.
Gottfried-Keller-Str. 20
81245 München

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20, 20354 Hamburg
fon +49 40 35914-0, fax -423

Hiermit trete ich der beim Berufsverband der Deutschen Radiologen e. V. bestehenden Rahmenvereinbarung zur Elektronik-Versicherung bei.

Dieser Rahmenvereinbarung liegen die „Allgemeinen Bedingungen für die Elektronik-Versicherung (ABE)“ zugrunde. Sie werden mit dem Versicherungsschein übergeben. Es gelten ferner die Besonderen Vereinbarungen zum Rahmenvertrag der Elektronik-Versicherung.

■ Angaben zur Person

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Telefon

Telefax

E-Mail-Anschrift

■ Versicherungsschutz und Jahresprämienberechnung

1. Sach-Versicherungssumme

Versichert wird der Neuwert nach heutigen Listenpreisen der gesamten technischen Praxis-einrichtung. Prämienfrei mitversichert auf Erstes Risiko gilt die sonstige (kaufmännische) Praxis-einrichtung mit einer Versicherungssumme bis 50.000 €

€

2. Daten-/Software-Versicherungssumme

welche 30.000 € übersteigt (prämienfrei versichert gelten auf Erstes Risiko Daten/Software bis 30.000 €)

+ €

3. Betriebsunterbrechungs-Versicherungssumme

€	x	250	=	+	€
(Tageshöchstschädigung)	x	(Arbeitstage p. a.)			(Jahres-Höchst-Versicherungssumme)

Gesamt-Versicherungssumme (1., 2., 3.)

€

Prämiensatz inkl. Schadenvorausrabatt

x 2,1 ‰ €

Netto-Jahresprämie

= €

Zahlweise: jährlich

(zzgl. derzeit 19 % Vers.steuer)



Aufnahmeantrag

Rahmenvertrag zur Elektronik-Versicherung für Radiologen

INTERNATIONALE VERSICHERUNGSMAKLER
UND RISK CONSULTANTS

Selbstbehalte

- Sach-Versicherung: Abzugsfranchise von 500 € je Schadenfall
- Daten-/Software-Versicherung: 10 %, mindestens 500 €
- Betriebsunterbrechung: ein Arbeitstag

Die Haftzeit beträgt 12 Monate.

Sicherungsbestätigung erforderlich?

ja nein

Falls ja, bitte Anschrift des Kreditgebers angeben

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____, mittags 12 Uhr

Vertragslaufzeit: 3 Jahre mit anschließender stillschweigender Vertragsverlängerung von Jahr zu Jahr

■ Vorversicherungen und Schäden

Vorversicherer

Versicherungsschein-Nr.

Vorschäden?

ja nein

Falls ja, bitte gesondert erläutern

Den Aufnahmeantrag sende ich an die Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, Funk Ärzte Service.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

■ Einzugsermächtigung

Ich bin/wir sind bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Prämien jeweils zum Ersten des Monats, in dem sie fällig sind, von nachstehendem Konto eingezogen werden. Dies gilt auch für Ersatzverträge. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und Ort des Geldinstituts

Bankleitzahl

Konto-Nr. (kein Sparbuch)

Name des Kontoinhabers

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers